

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 784

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André LABICHE

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre
Né à Louviers (Eure) le 26 Avril 1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ANOREXIE MENTALE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André LABICHE

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre
Né à Louviers (Eure) le 26 Avril 1908

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ANOREXIE MENTALE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	PROUST.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SERGEANT.
Clinique propédeutique	N...
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ANGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOCQUOT	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
HARVIER		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLÉRY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance, et de
ma très vive affection.*

A MON FRERE

A MA BELLE-SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
LAIGNEL-LAVASTINE

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE DEROCQUE
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ DEROCQUE

MONSIEUR LE DOCTEUR SAMSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉVÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR LANOS
MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES
MONSIEUR LE DOCTEUR THOREL
MONSIEUR LE DOCTEUR CHRÉTIEN
MONSIEUR LE DOCTEUR TESTARD

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LENOUENE
chirurgien des Hôpitaux

FILLIOL
médecin des Hôpitaux

FAVRE ET PHILIPPE

*Qui nous ont autorisé à prendre
l'observation de leurs malades, témoi-
gnage de vive reconnaissance.*

AU DOCTEUR VANIER
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris

*Il nous a inspiré et guidé dans
l'élaboration de ce travail et ne nous
a ménagé ni son temps ni ses conseils.
Qu'il soit assuré de notre profonde
reconnaissance et de notre respectueux
attachement.*

INTRODUCTION

Le terme d'« anorexie mentale » ne désigne guère à l'heure actuelle qu'un syndrome très mal délimité dans lequel on a tendance à faire entrer tous les cas où l'appétit est diminué, sans que l'on puisse constater aucune lésion digestive qui puisse en donner l'explication.

Il faut peut-être attribuer ce manque de précision au fait que l'anorexie mentale a été décrite à une époque où l'on ne disposait pas encore de tous les modes d'exploration auxquels le clinicien peut actuellement recourir.

En effet, les progrès accomplis dans de nombreuses branches de la pathologie ont permis d'éclaircir certains problèmes obscurs, et de mettre en évidence des causes qui, jusqu'alors, échappaient aux investigations les plus consciencieuses.

Il n'y a là qu'un point un peu particulier de l'évolution actuelle de la psychiâtrie qui s'efforce de rattacher à des causes organiques les syndromes considérés jusqu'alors comme purement mentaux.

Il ne faut d'ailleurs pas exagérer cette tendance. Il est bien certain que le psychisme pur garde tous ses droits. Son domaine est resté intact par certains côtés. En d'autres, l'exploration de l'organisme à la faveur des méthodes modernes a permis d'en dissocier certaines manifestations.

Nous voudrions ici suggérer une classification « des anorexies mentales » à la faveur des travaux récents et de quelques observations personnelles. Cette classification ne peut naturellement pas prétendre à un caractère définitif. Son utilité, comme d'ailleurs celle de toutes les tentatives du même genre, sera plutôt de fournir un fil conducteur au clinicien qui entreprend l'étude étiologique d'une anorexie.

Il convient d'abord d'éliminer du cadre de l'anorexie mentale tous les cas où l'anorexie, bien qu'elle soit indépendante de toute lésion digestive, et qu'elle puisse s'accompagner de troubles psychiques, est liée manifestement à l'évolution d'une maladie qui s'individualise facilement. Il ne viendrait à l'idée de personne actuellement de faire entrer dans son cadre l'anorexie des urémiques bien que dans l'urémie l'anorexie n'ait nullement pour cause une lésion organique digestive et bien qu'elle puisse s'y accompagner de troubles mentaux très nets. Mais ici le tableau clinique est suffisamment éloquent pour que le symptôme anorexie soit rattaché facilement à la maladie causale.

Nous n'envisagerons donc que les anorexies qui en même temps que les troubles mentaux dominent

suffisamment le tableau clinique pour en constituer les symptômes majeurs, soit qu'il s'agisse d'anorexie de cause purement psychique (en l'état actuel de nos connaissances) soit qu'il s'agisse de cas où les perturbations organiques causales sont suffisamment imprécises au premier abord pour qu'elles puissent poser des problèmes de diagnostic et de thérapeutique.

Nous procéderons dans notre classification en allant du domaine pathologique le mieux connu, c'est-à-dire celui qui s'accompagne de perturbations organiques ou fonctionnelles décelables à l'exploration, à celui qui reste le plus obscur scientifiquement parlant, c'est-à-dire celui où les manifestations psychiques ne sont sous la dépendance d'aucune anomalie touchant le domaine organique ou fonctionnel du malade.

Dans la première catégorie, nous reconnaitrons deux grandes classes :

A) Les anorexies d'origine endocrinienne.

B) Les anorexies liées à des lésions organiques du système nerveux central.

Dans la deuxième catégorie, nous délimiterons également :

A) Les anorexies survenant au cours des psychopathies caractérisées.

B) Les anorexies mentales chez des malades ne présentant aucun symptôme de psychopathie.

Chemin faisant, nous illustrerons notre exposé de quelques observations qu'il nous paraît intéressant

de relater. Qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à ceux qui nous ont aidé dans ce travail, particulièrement au D^r VANIER, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, inspirateur de ce travail, au D^r LENOUENE, chirurgien des Hôpitaux, au D^r FILLIOL, médecin des Hôpitaux, aux D^{rs} FAVRE et PHILIPPE qui ont eu la très grande amabilité de nous autoriser à publier certaines de ces observations.

CHAPITRE PREMIER

ANOREXIES MENTALES QUI SONT ACTUELLEMENT RATTACHABLES A DES PERTURBATIONS ORGANIQUES

A) ANOREXIES MENTALES DUES A DES TROUBLES ENDOCRINIENS

On sait quel développement ont pris dans la pathologie les études endocrinologiques. En ce qui touche l'anorexie dite mentale, deux d'entre elles ont une importance particulière :

Les anorexies dites thyroïdiennes qui ont été spécialement étudiées par Léopold Lévi et

Les amaigrissements avec anorexie dits encore cachexie hypophysaire.

1^o *Anorexie d'origine thyroïdienne*

En octobre 1932, Léopold Lévi sous le titre « Anorexie mentale et corps thyroïde » fait paraître

un article mettant en évidence l'action du traitement thyroïdien sur certaines formes d'anorexies liées à des états mentaux. Ceci lui permet de tirer des conclusions en ce qui concerne les rapports du mécanisme de la faim et de la glande thyroïde, les rapports entre les fonctions de la glande thyroïde et l'interprétation de l'anorexie mentale. Il cite d'ailleurs à ce sujet quelques observations très probantes.

OBSERVATION I (résumée). — Malade de 53 ans, d'une famille à instabilité thyroïdienne. Anorexie absolue, abaissement de poids descendu à 56 kilos, constipation, troubles psychiques, troubles endocriniens élémentaires, bouffées de chaleur, très grande fatigue, chute très marquée des cheveux. Se refusait à manger, car disait ne pouvoir aller à la garde-robes. Elle fut soumise au traitement thyroïdien auquel furent associés cachets du corps jaune de l'ovaire. La malade se remet à manger. Les troubles mentaux s'atténuent. Transformation complète. Le poids est remonté de 56 kilos à 79 kilos.

OBSERVATION II (résumée). — Jeune fille 18 ans, maigre squelettique, taille 1 m. 45, poids 18 kilos. Cyanose extrémités avec œdèmes très prononcés remontant aux membres supérieurs jusqu'aux poignets, aux membres inférieurs jusqu'aux genoux. Glande thyroïde presque disparue. Pouls entre 60 et 65. Non encore réglée. Ruse pour échapper à la surveillance, garde des aliments dans la bouche, sous la langue, les cache dans sa jupe, son corsage. Elle raffie fruits, biscuits, et les dissimule sous les matelas du médecin adjoint de la maison de santé. Elle ne mange pas pour ne pas grossir et parce qu'elle ne ressent aucun

besoin de manger. Elle a contracté l'habitude de ne pas s'alimenter à la suite de diphtérie traitée par le sérum, et de douleurs articulaires. Depuis 16 ans, elle s'est rationnée, se nourrissait avec du café.

La psychothérapie et le gavage ont été employés sans résultat. Elle fut alors soumise au traitement thyroïdien par doses de 0 gr. 10 de produit correspondant à 0 gr. 70 de viande fraîche. Dans les premières vingt pilules, elle put s'alimenter avec appétit et goût.

L'amélioration s'accrut dans le deuxième mois :

Novembre 1908	: 18 kilos
Décembre	: 18 kilos 400
Janvier 1909	: 19 kilos 600
Février	: 28 kilos
Mars	: 34 kilos
Mai	: 36 kilos 500

Elle avait pris 48 doses de corps thyroïde.

Léopold Lévi en conclut que le traitement thyroïdien a une action sur la faim et exerce une action sur le poids corporel. S'il fait parfois maigrir, il fait parfois engraisser (augmentation de poids chez les enfants à appétit diminué, chez les adultes avec tuberculose pulmonaire).

Il donne de la faim la définition suivante : sensation consciente d'un appel adressé suivant un mode paroxystique au centre général de l'activité diastatique. Cette sensation se compose d'éléments complexes, excitations nées de l'activité diastatique cellulaire générale, excitations émanant des cellules du goût et de l'odorat.

Donc s'appuyant sur l'influence démontrée du traitement thyroïdien sur la faim et d'autre part sur les faits de la pathologie thyroïdienne (dans le myxœdème, faim diminuée ; dans le goître exophtalmique, augmentation de la faim), on peut en conclure que le corps thyroïde exerce un contrôle actif sur les divers constituants du réflexe de la faim avec sa voie centripète, son centre bulbaire, sa voie centrifuge.

Nous pouvons ajouter une observation inédite que voici (Dr Vanier).

M^{me} D..., âgée de 38 ans est malade depuis un an et les troubles dont elle souffre auraient débuté à la suite de chagrins. Depuis cette date, elle se plaint de fatigues, a du mal à trouver ses mots, marche difficilement ; elle ressent des douleurs dans les épaules et à la face, une sensation de glace sur tout le corps ; elle accuse de la frilosité et de l'insomnie, trouve que son cou a gonflé et a souvent une sensation d'étouffement. Le pouls est instable. Elle a pris 7 kilos, puis les a reperdus. Il s'y surajoute des troubles digestifs : *diminution de l'appétit*, constipation, renvois, mauvaise haleine.

Elle signale que ses cheveux tombent et que les poils du pubis, defrisés qu'ils étaient, sont devenus raides et cassants. Les mains sont froides, les doigts souvent blancs se mettent parfois à gonfler.

A l'examen, on remarque que la malade est pâle, la peau est sèche et rugueuse (bien qu'il s'agisse là d'un état ancien, ce symptôme s'est accentué récemment) les poils sont raides et secs, les mains froides et pâles. Le corps thyroïde ne paraît pas augmenté de volume, il n'existe pas de tremblement, le pouls bat à 72, la tension artérielle est basse, à 12 — 9, ; les poumons, le cœur, les réflexes, les urines

sont normaux. Le métabolisme basal pratiqué à l'Hôpital général par le Dr Poté, montre une diminution de 35 %.

*2^o Amaigrissements avec anorexie dits
encore cachexie hypophysaire*

En janvier 1934, Henry Mamou, puis en juin de la même année, Georges Bickel, publièrent des articles sur « la maigreur d'origine hypophysaire ou cérébro-hypophysaire ».

D'après eux, l'insuffisance de l'antéhypophyse réalise le prototype de la maigreur endocrinienne caractérisée non seulement par la diminution du pannicule adipeux et de la graisse des tissus, mais encore par la fonte des masses musculaires et la diminution de volume des organes viscéraux.

D'ailleurs, la cachexie hypophysaire n'est connue que depuis 1914 et étudiée par Simmonds. Il publia l'observation d'une femme de 35 ans qui, après une infection puerpérale grave post-partum, présenta les symptômes suivants : aménorrhée persistante, altération de l'état général, amaigrissement considérable, asthme, vertiges. Cet état dura une dizaine d'années avec état voisin de la cachexie. Examen viscéral négatif. La malade mourut dans le coma. L'autopsie ne montra aucune lésion organique. Seule l'hypophyse était nettement atrophiée, l'examen histologique révéla une destruction complète de l'organe.

Plus récemment, Smith et Evans obtinrent une

cachexie hypophysaire à la suite de l'hypophysectomie antérieure chez le rat. L'implantation d'hypophyse antérieure et l'injection d'extraits hypophysaires engendra la régression de cette cachexie. L'hypofonctionnement de l'hypophyse provoquerait des troubles importants, au premier rang desquels il faut noter la perte de l'appétit qui peut aller jusqu'à l'anorexie totale, et des troubles psychiques.

Voici ce qu'écrit à ce sujet Bickel dans un article tout récent (juin 1934) :

« A côté de l'amaigrissement, le symptôme le plus frappant est la perte d'appétit. Celui-ci survient au début avec tous les attributs d'une parfaite santé. L'anorexie devient volontiers totale. Elle peut acquérir une intensité telle que nous ne saurions mieux comparer la répulsion alimentaire absolue de pareil malade qu'à la soif dévorante du diabète insipide. Nous avons vu des malades éprouver à manger une souffrance aussi forte que celle ressentie par un diabétique privé de boisson. Il n'est pas étonnant, en pareille circonstance, qu'une jeune fille jusqu'alors pleine de gaieté et de franchise, devienne hypocrite et surnoise par le fait de la contrariété qu'elle ressent quand on lui impose à manger. Elle insiste pour qu'on l'autorise à prendre ses repas seule, escamote les aliments qu'on lui apporte, les fait disparaître sous son siège ou dans ses vêtements, les donne en cachette à un animal, pour qui elle se prend subitement de tendresse intéressée et qu'elle ne veut plus quitter, les crache dès qu'elle est seule après les avoir gardés plus d'une

demi-heure dans sa bouche. La mère ne reconnaît plus son enfant et se demande avec angoisse ce qui a pu changer ainsi son caractère et toute son attitude.

Généralement explicables par la seule anorexie, les perturbations psychiques peuvent prendre dans certains cas une importance plus grande encore. Le malade devient hypersensible, mélancolique, égocentrique, parfois indiscipliné et récalcitrant. Il peut se produire une véritable révolution du caractère, avec réapparition de désirs ou d'habitudes juvéniles. C'est ainsi qu'une de nos malades, âgée de 16 ans, prenait grand plaisir à jouer avec des poupées dont elle ne s'était plus occupée depuis plus de 5 ans. Les anomalies psychiques peuvent être telles qu'on classe le malade comme hystérique ou qu'on diagnostique à tort une anorexie mentale. Nous avons vu une malheureuse américaine de 16 ans traînée pendant 2 ans de clinique en clinique, ayant subi de longs traitements psychothérapiques et psychanalytiques, nourrie vainement à la sonde durant plusieurs semaines, étiquetée anorexie mentale incurable, retrouver en quelques mois un équilibre mental parfait et réclamer à grands cris de la nourriture à la suite d'un traitement hypophysaire intensif. Le poids remonta en 3 mois de 32 à 56 kilos. »

A ces signes, se joignent les troubles de la peau et des phanères avec aspect sénile des malades. La peau devient fanée et ridée, donnant l'aspect de « petits vieillards ». La chute des poils axillaires et pubiens serait fréquente.

On note également des symptômes génitaux, dont l'aménorrhée qui est constante et démontre la déficience de l'organisme en hormone gonado-stimulante. Le rétablissement de la menstruation serait le premier indice de l'évolution favorable de la maladie. Comme symptômes secondaires et accessoires, nous citerons la céphalée qui peut devenir tenace, persistante, nécessitant l'examen du fond de l'œil et les douleurs abdominales parfois très violentes siégeant dans la région hépato-vésiculaire.

Le pouls est souvent ralenti entre 50 et 60 à la minute. La tension artérielle est basse avec légère hypothermie.

On cite d'autre part un trouble dans le métabolisme des hydrates de carbone. Il existe fréquemment un peu d'hypoglycémie atteignant entre 0 gr. 70 et 0 gr. 90 pour mille. Ce dernier fait est très utile à connaître car ces malades étant très sensibles aux injections d'Insuline on devra agir prudemment pour éviter des troubles d'hypoglycémie. Enfin, nous noterons que dans certains cas, il peut exister du nanisme ou infantilisme hypophysaire, ceci lorsque l'atteinte de l'hypophyse se produit avant l'âge de la puberté.

Le laboratoire pourra être d'un précieux secours en montrant un abaissement du taux du métabolisme basal et une anémie légère de l'ordre de 3 millions à 3 millions $1/2$ avec éosinophilie constante entre 2 et 8 % (Mamon).

Enfin, la radiographie ne donne que des résultats variables et peu probants.

B) ANOREXIES LIÉES A DES LÉSIONS ORGANIQUES
DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Certains malades présentent une anorexie qui paraît inexplicable, le contrôle des différents appareils ne montrant aucune anomalie jusqu'au jour où on constate parfois post-mortem une lésion organique des centres nerveux. On sait à cet égard que l'on a décrit un centre nerveux de l'appétit. L'intrication des phénomènes digestifs, psychiques, végétatifs et glandulaires a amené Camus et Roussy à des recherches sur ce sujet. Ils nous ont révélé un groupement de ces centres végétatifs et glandulaires siégeant dans la substance grise du troisième ventricule, et fait connaître les connexions corticales et bulbaires de ce cerveau psychovégétatif.

Il est possible que dans certains cas ce centre nerveux soit lui-même touché ; mais sans entrer dans la discussion des localisations cérébrales, nous pouvons rapporter une observation très probante d'anorexie en rapport avec une tumeur cérébelleuse.

OBSERVATION PERSONNELLE (inédite). — Le 17 avril dernier, entrant dans le service du Dr Filliol à l'Hôpital général, un malade, L... D..., âgé de 21 ans.

Brusquement, à cette date, à midi, au début de son repas, il eut la sensation d'arrêt des aliments à la partie supé-

rière de l'œsophage avec impossibilité complète d'avaler la soupe et la viande, les autres aliments étant facilement ingérés. Pas de douleurs ni d'hémorragie, pas de vomissements. Il prétend avoir maigri sans pouvoir préciser de combien approximativement. Il est anorexique, refusant tout aliment. Constipation marquée. Aucun antécédent pathologique personnel ni familial.

À l'examen, il s'agit d'un sujet long et maigre, ventre plat, thorax étrié et décharné. Peau ichthyosique, mains violettes et froides. Le cœur et les poumons sont normaux. Réflexes rotuliens et lumineux normaux également.

La température oscille aux environs de 37°, le pouls est à 85. Pendant l'examen, attitude un peu figée, concentrée. Le malade est mis en observation. Pour vaincre sa constipation, on lui donne successivement 30 grammes de sulfate de soude, plusieurs lavements, huile de paraffine, etc., sans résultat appréciable. Par la suite, il suit un traitement banal par l'agocholine, mixture fortifiante, etc.

Le 2 mai, l'état du malade restant sans changement, on décide de pratiquer un séro-diagnostic et une radioscopie de l'estomac. Le radiologue répond ceci : « Estomac vide 5 heures après ingestion ; après nouveau remplissage, on note un estomac très allongé verticalement avec un bas-fond très abaissé ; mobilité normale. Pas de douleurs à la palpation, pas de déformation des contours, parois souples. Constructions normales. Pas de signes radiologiques de lésions organiques. »

D'autre part, le séro-diagnostic fut négatif. Son poids était à ce moment de 41 kilos 800. Le 11 mai, le malade est examiné par le Dr Vanier, qui fait le diagnostic de psychopathie avec phénomènes de spasmes au niveau de l'œsophage. Il constate qu'il s'agit d'un insuffisant endocrinien : maigreur, ichthyose, mains froides et cyanotiques, système pileux peu fourni, et il conseille un traitement comportant

la psychothérapie, l'administration d'anti-spasmodiques (atropine) et si possible une polyopothérapie.

De plus, il demande un examen de l'œsophage à la radio-scopie et un Wassermann. Les réactions de Hecht et Menicke furent négatives ainsi que l'examen de l'œsophage, sans aucun rétrécissement ni arrêt normal. Depuis ce jour jusqu'au milieu du mois de juin, le malade est traité par de la teinture de belladone à raison de 30 gouttes par jour, puis par des piqûres d'endopancrine, 10 unités journallement. A ceci est ajouté un traitement polyopothérapique.

Pendant ce temps le poids du malade qui était de 41 kilo. 800 le 2 mai baisse progressivement pour atteindre 40 kilos 200 le 19, 39 kilos 900 le 30 du même mois et 36 kilos 750 le 20 juin. L'anorexie persiste en dépit de toute psychothérapie et de toute médication. On décide alors de l'isoler et d'essayer le gavage. A ce moment, l'apparition d'une céphalée frontale augmentée par les efforts et par la toux, puis de torpeur, d'hébétude, d'indifférence, de diplopie, fait demander l'examen du fond de l'œil. Celui-ci montre une double stase pupillaire très marquée surtout à droite, et fait immédiatement penser à une tumeur cérébrale. Il n'y a pas de crise épileptiforme, ni de vertiges, pas de dischromatopsie, ni d'amblyopie, pas de troubles auriculaires.

Vomissements du type bulbaire en fusée indolores, constipation opiniâtre. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens, émission involontaire d'urines. Babinsky indifférencié. Pouls à 64, régulier.

Une radiographie du crâne de face et de profil ne montre rien d'anormal. Une ponction lombaire est pratiquée. Au point de vue réaction de Wassermann, elle est négative, mais l'examen cytologique donne : 50 éléments par mm³ avec seulement de rares cellules normales. La plupart des cellules sont d'origine tumorale (grandes cellules à noyau occupant la majeure partie de la cellule, plus grandes qu'un

grand mononucléaire). Examen chimique : albumine 0 gr. 27, sucre 0 gr. 21 par litre.

Le malade est décédé le 4 juillet. *A l'autopsie* : les coupes des hémisphères cérébraux montrent des ventricules latéraux extrêmement dilatés par une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien.

La partie médiane et inférieure du cervelet est occupée par une tumeur molle du volume d'une mandarine qui a envahi les parties inférieures des hémisphères cérébelleux et atteint le pédoncule.

Histologiquement : ependymo-gliome avec présence de corps en rosace (Dr Vincent).

Avant de terminer ce chapitre, il convient d'insister une fois de plus sur l'insidiosité de ces néo-formations cérébrales qui sont susceptibles comme dans l'observation ci-dessus de se masquer pendant longtemps sous des signes d'emprunt.

CHAPITRE II

ANOREXIES MENTALES QUI PARAISSENT ACTUELLEMENT PUREMENT PSYCHIQUES

1^o Dans une première catégorie, nous pouvons faire entrer toutes les ANOREXIES SURVENANT AU COURS DE PSYCHOPATHIES CONFIRMÉES ET CARACTÉRISÉES.

Ce sont alors des anorexies dites secondaires comme il s'en produit chez les malades atteints de démence précoce, de mélancolie, d'idées hypocondriaques ou d'idées de persécution. Dans les formes typiques, ces anorexies prennent la teinte de la démence précoce. Dans ces cas, les troubles psychiques passent au premier plan. L'anorexie leur est facilement rattachable et n'apparaît que comme un symptôme secondaire. En conséquence, la plupart des malades qui en sont atteints sont vus par le psychiatre, et les problèmes de diagnostic posés par l'anorexie s'offrent rarement au médecin non spécialisé. Cette variété

d'anorexie, par suite de la netteté du tableau psychique qui l'accompagne, est classée depuis longtemps.

C'est à des cas de ce genre que le terme d'anorexie mentale a été appliqué primitivement.

2° Nous rangerons dans un compartiment voisin du précédent les ANOREXIES DITES HYSTÉRIQUES signalées au cours de l'adolescence chez les jeunes filles.

Dans un article paru dans la *Presse Médicale* de mars 1926, M. Nathan dit notamment ceci : « L'anorexie type des descriptions est celle de la jeune fille à l'époque de la puberté sans antécédents héréditaires ni personnels. La puberté est une période d'exaltation à la fois imaginative, sentimentale et endocrine, conditions favorables à la transformation d'une idée épisodique en véritable idée force. Les deux mobiles les plus courants sont la coquetterie et l'ascétisme, ce dernier surtout fréquent durant cette crise que traversent parfois les fillettes à l'époque de la première communion. Il n'y a que le premier pas qui coûte.

Une malade de Wallet disait : « Maintenant, je voudrais manger que ce serait plus fort que moi, je ne peux pas. C'est comme si cela m'était défendu ; je mangerais encore bien des choses qui ne nourrissent pas. »

Gilbert Ballet en 1907 publie l'observation d'une jeune fille de 19 ans ayant perdu complètement

l'appétit, très amaigrie, ne pesant que 34 kilos. Elle ne consommait que 150 grammes par jour, alors que la ration normale de l'adulte est par 24 heures de 110 grammes d'albuminoïdes, de 60 grammes de graisses et de 600 grammes d'aliments hydrocarbonés.

Les anorexiques de cette catégorie sont absolument indifférents à leur état, ils perdent 15 à 20 kilos sans y prêter attention. Les sujets ont le dégoût de la nourriture et c'est tout. Un signe constant est l'aménorrhée qui persiste tant que la maladie continue.

De plus, ce sont des malades d'une activité débordante, activité d'ailleurs peu en rapport avec leur alimentation très restreinte. En un mot, ils ont perdu la notion des exigences de l'organisme.

3^o *A la limite de la pathologie, nous citerons l'ANOREXIE INTÉRESSANT DES INDIVIDUS PARAISSANT NORMAUX PHYSIQUEMENT ET PSYCHIQUEMENT, et qui ont perdu l'appétit soit par suite d'ennuis et chagrins prolongés, soit par suite de surmenage.*

Ces cas paraissent particulièrement fréquents. On les rencontre dans une proportion beaucoup plus grande que toutes les variétés d'anorexies dites mentales que nous avons signalées jusqu'à maintenant. Peut-être les conditions de la vie moderne : difficultés de la vie sociale, difficultés d'affaires, situations familiales, sont-elles à incriminer. Nous citerons à titre d'exemple l'observation d'une malade que nous devons à la complaisance du médecin traitant, le

Dr PHILIPPE, et dont l'histoire rentre exactement dans le cadre de cette description.

OBSERVATION PERSONNELLE (inédite). — La malade qui nous occupe est une femme de 28 ans. Elle est mariée depuis 8 ans, et n'a qu'un enfant, une fille âgée actuellement de 7 ans. C'est la femme d'un commerçant de la ville qui, après une période de prospérité, voit ses affaires péricliter petit à petit pour devenir actuellement très laborieuses, rendant la vie du ménage très difficile.

A cette cause de mésentente conjugale qui a toujours existé depuis le mariage, mais qui s'est accrue ces derniers temps, se joindrait, paraît-il, une infidélité particulièrement marquée du mari. Celui-ci, ou bien rentre chez lui très en retard, ou bien même ne rentre pas de la nuit, laissant sa femme et sa fille seules à la maison. Les repas s'en trouvent par là même très irréguliers comme horaire et comme qualité. Elle sort très peu, confinée dans ses appartements, aidée de temps en temps par une femme de ménage. Exception faite de quelques promenades dans le courant de l'après-midi et de sorties en automobile, très rares d'ailleurs, le dimanche, elle n'a jamais de distractions, n'a pas de vacances.

Elle est très énervée, très irritable, et non seulement l'infidélité de son mari la tracasse, mais « elle lui en veut » telle est son expression, de ne pas lui avoir donné d'autres enfants que sa fille. Elle désirerait en effet ardemment une nouvelle grossesse, car elle adore les enfants, et il lui semble que cela ramènerait la paix dans son foyer.

Il est à noter qu'elle entretient de bonnes relations avec sa famille personnelle et même avec celle de son mari. Elle n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, en particulier elle ne prend jamais d'alcool.

Jusqu'en septembre 1933, tous ces faits n'avaient pas

paru altérer sa santé. Mais voici qu'à cette époque elle fait une fausse couche. Elle est alitée pendant 7 semaines. Tous ses espoirs disparaissent et elle s'en montre très contrariée. Quelques temps après, son mari est opéré d'une adénite inguinale. Il est soigné à domicile, et lui donne par là même un surcroît de travail dont « elle se serait bien passée ».

Son poids qui était de 70 kilos en août tombe à 66 kilos en novembre et décembre de la même année. Elle manque d'appétit, et le peu qu'elle absorbe, elle le vomit deux heures après environ. Les vomissements sont complets, la malade rejette tout ce qu'elle prend. Ils s'accompagnent de brûlures, de pesanteurs, de « renvois » acides. On l'alimente alors à l'aide de bouillies. Elle ne les garde même pas. Aussitôt qu'elle est contrariée, elle vomit. Elle est courbaturée, elle a une température le matin de 37°5 à 38, le soir de 38°5 à 38°8. Elle n'a ni hématémèses, ni mœléna.

Vers le milieu de mars, son poids tombe à 55 kilos 200 remonte à 56 le 13 avril pour retomber à 54 kilos le 18 du même mois, soit une perte de 16 kilos depuis le début des accidents.

L'examen clinique ne montre absolument rien d'anormal. Aucun signe d'affection organique du tube digestif ne peut être mis en évidence. On décide alors de l'isoler et de l'envoyer à la campagne. Elle y séjourne 2 mois environ. Son état s'améliore et elle reprend 2 kilos.

De retour au Havre, elle est envoyée en consultation chez le Dr Vanier. Une radioscopie du tube digestif et une radioscopie pulmonaire sont pratiquées, mais ne montrent aucune lésion viscérale. Son état s'améliore à la suite des conseils pressants et du traitement que lui prodiguent les médecins qui la soignent. Elle décide en effet brusquement, malgré la persistance de ses malheurs conjugaux cependant un peu améliorés et de ses ennuis pécuniers, « d'en prendre son parti ». Elle mange maintenant à l'heure fixe sans attendre son mari. Elle suit un régime sans graisses, sans

charcuterie, composé de légumes, de fruits, de biscottes. Elle ne boit qu'entre les repas et se repose allongée vingt heures sur vingt-quatre. Elle est traitée d'une façon intermittente par des granulés d'agocholine, des cachets de Bio-mucine et comprimés de Belladénal Sandoz.

Dès séries de piqûres sont faites. En tout, deux séries de cacodylate et une série d'endopancrine. Il se produit une grosse amélioration. L'appétit revient petit à petit malgré quelques brûlures persistantes. Elle dort mieux. Elle a encore assez souvent des maux de tête dans la journée. Son poids augmente progressivement et de 56 kilos 250 qu'il était le 7 juin, arrive progressivement à 58 kilos 250 le 17 juillet. Des troubles menstruels persistent, les règles sont en avance de 6 jours et très abondantes.

Voici une seconde observation trop récente (Dr Vanier), pour que l'effet de la thérapeutique puisse être jugé, et sous l'influence d'un facteur psychique bien net.

M. H..., âgé de 73 ans a toujours été très bien portant jusqu'à il y a 2 ans. Il a toujours eu un psychisme absolument normal. Depuis cette date, il a maigri considérablement, passant de 80 à 66 kilos. L'appétit jusqu'alors excellent, est devenu capricieux, les digestions sont lourdes, il y a des pesanteurs et des renvois après les repas.

L'examen clinique ne montre rien d'anormal, l'examen radiologique du tube digestif ne met en évidence qu'une légère ptose gastrique avec atonie. Il n'y a pas de stase, le chimisme gastrique est normal. La recherche des hémorragies occultes est négative. Toute idée de lésion organique gastrique doit donc être écartée. Lorsqu'on cherche la cause de cet amaigrissement avec diminution de l'appétit, on apprend que le malade, un directeur d'une importante firme commerciale, a eu depuis quelques années de nombreux ennuis : décès de son associé et de ses collaborateurs,

difficultés des affaires par suite de la crise, changement de situation familiale. Il signale d'ailleurs lui-même l'influence qu'ont eu ces événements sur son état de santé et se trouve beaucoup mieux lorsqu'il s'abstrait de son milieu ordinaire pour aller par exemple faire une partie de campagne.

Un troisième cas est analogue aux deux que nous venons de rapporter.

OBSERVATION PERSONNELLE. — M^{lle} L... L..., âgée de 25 ans, entre à l'Hôpital Pasteur dans le service du D^r Lenouëne, chirurgien des hôpitaux, pour affection gastrique.

En interrogeant la malade, on s'aperçoit immédiatement qu'il s'agit, sinon d'une anormale, tout au moins d'une malade au psychisme peu développé.

Elle nous apprend que ses douleurs apparues il y a un an à la suite d'une opération d'appendicite sont devenues quotidiennes et augmentent d'intensité d'une façon constante. Elles durent toute la journée avec légère recrudescence après les repas pendant une heure environ. Elles ont un siège épigastrique sans irradiations, à type de piquûre, comme si on enfonçait des épingles, non atténuées par le décubitus, non calmées par les repas.

Les vomissements, constants également, sont bilieux le matin, alimentaires après les repas. Ils seraient complets, la malade ayant l'impression de rejeter tout ce qu'elle a pris. Pas d'hématémèses, pas de mœléna, selles régulières. Elle a perdu complètement l'appétit, elle a des « gonflements » après les repas ainsi que des renvois. Elle pense avoir maigri, sans pouvoir préciser de combien. On apprend qu'elle a eu quelques ennuis avec sa famille, notamment avec ses frères et sœurs qui ne voulaient pas la recevoir chez eux en convalescence d'une pleurésie et pour une convalescence à la suite d'une opération d'appendicite ; elle en aurait été très affectée.

A l'examen, ventre souple, non douloureux. Langue sale, chargée. Très mauvaise dentition : prognatisme supérieur, voûte palatine ogivale. Réflexes tendineux normaux. Pupilles réagissant bien à la lumière. Rien au point de vue cœur et poumons. Le pouls est à 68. La tension est à 11 de maxima, 6 1/2 de minima. La température oscille aux environs de 37°5 avec quelques crochets à 38° le soir.

Le 31 août, le Dr Vanier pratique une radioscopie de l'estomac. Sa conclusion fut la suivante : « Allongement avec atonie et stase sans signe de lésion organique, chez une psychopathe. L'hypothèse d'une lésion organique me semble à éliminer. » Il préconise :

1° L'isolement dans un service spécial ;

2° Des injections de solucamphre, 5 cm³ par voie sous-cutanée tous les jours ;

3° Des injections de sérum glucosé sous la peau, 500 cm³ par jour de sérum isotonique.

D'autre part, une radioscopie après lavement opaque ne montra rien d'anormal.

Cette situation se prolongeant, le Dr Lenouëne décide une intervention pour provoquer un choc psychique sur la malade. En effet, à l'intervention on ne trouve absolument rien d'anormal. Aucune lésion sur l'estomac, le pylore, duodénum, etc...

Aussitôt après l'intervention, on commence une alimentation progressive : lait, bouillon de légumes, etc... On déclare à la malade que « son estomac est débouché », que « les sutures vont certainement tenir », et qu'elle peut manger de tout. Au bout de 8 jours, elle suit le régime normal, demande à manger, ne vomit plus.

Sous le titre de « Une forme tardive d'anorexie mentale » Marcel Nathan publie dans la *Presse Médi-*

calé du 15 décembre 1928 un cas d'anorexie chez une dame de 68 ans. Celle-ci s'alimentait très insuffisamment, maigrissait à vue d'œil, perdait de ses forces au point de rester confinée au lit. Aucun signe viscéral n'expliquait cette perte de l'appétit, toutes les investigations avaient été pratiquées dans ce sens. Mentalement parlant, elle semblait absolument intacte.

C'est alors qu'elle déclara qu'il y a cinq ans, elle perdit son mari et en conçut un « chagrin immense ». Elle tenta alors de se suicider, mais ses convictions religieuses l'empêchèrent de renouveler son geste. Elle lut le livre des Esprits pour se rapprocher de son mari, et se soumit à des restrictions alimentaires progressives qui l'amènèrent à un état d'amaigrissement extrême. Cette malade guérit par la suite, car il lui fut montré que sa façon d'agir était en réalité un suicide camouflé, progressif, incompatible avec ses convictions religieuses, mettant sa vie future en danger.

Il cite d'autre part le cas d'une jeune femme de 30 ans qui avait déjà présenté vers l'âge de 13 ans une anorexie mentale de forme juvénile typique. Cette malade avait la phobie de l'embonpoint, par association de l'idée d'embonpoint avec celle de vulgarité. La réflexion d'un jeune cousin qui raillait son embonpoint marqua le début de sa tentative d'amaigrissement.

Plus tard, vers 17 ans, elle se maria. Aussitôt, elle se remit à manger, reprit bonne mine. Malheureuse-

ment son mari mourut peu après et ce fut pour elle un véritable effondrement, surtout qu'il lui avait fait jurer à son lit de mort de ne point se remarier. L'anorexie mentale reparut et prit comme dans le premier cas la forme de tentative de suicide.

L'argument religieux fut dans le cas présent sans aucun effet. Ce n'est que lorsque son directeur de conscience put la convaincre que le serment fait au lit de mort de son mari n'avait aucune valeur qu'elle se remit à s'alimenter, reprit goût à l'existence. Elle comptait refaire sa vie dans les conditions qu'elle espérait.

Cette observation constitue un cas de transition entre les anorexies dites hystériques étudiées au paragraphe précédent, et les anorexies mentales chez des sujets indemnes de tares psychopathiques que nous venons de voir.

L'éventualité d'anorexies de cause psychique chez des sujets ne présentant aucune tare mentale n'est d'ailleurs pas faite pour surprendre, elle est identifiée depuis longtemps. Qui n'a connu par exemple l'anorexie passagère à l'approche d'un examen ou à la suite d'un chagrin violent. Que ces causes d'ordre mental se prolongent : l'anorexie devient chronique, l'amaigrissement apparaît, le sujet devient un malade.

Rappelons dans le domaine physiologique les expériences de Pawloff sur la sécrétion dite « psychique » du suc gastrique, bien qu'en pathologie humaine, l'étude des rapports entre les signes fonctionnels de

l'anorexie mentale et l'étude du chimisme gastrique ne fournissent pas toujours des données concordantes.

40 LES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES PROLONGÉES peuvent à elles seules *devenir une cause d'anorexie*.

C'est ce que récemment Oury et Godard ont mis en évidence et appelé « la manie de restriction alimentaire en pathologie digestive ». Cette forme d'anorexie est à la limite de la gastroentérologie et de la psychiatrie.

Nous citerons à ce sujet une observation qui nous a paru intéressante et que nous avons pu prendre grâce à l'extrême amabilité du Dr Favre, médecin traitant.

OBSERVATION PERSONNELLE. — Mme P..., 28 ans, a été vue pour la première fois le 24 mai 1933 par le Dr Favre. Jusqu'alors on ne note rien de particulier dans ses antécédents ni au point de vue psychique, ni au point de vue organique.

Elle est à cette date d'une extrême maigreur, son poids oscille de 28 à 29 kilos. Elle ne prend qu'une alimentation très légère, demi-liquide, dans l'attente d'une crise douloureuse caractérisée par des vomissements non alimentaires se produisant tous les 15 jours avec régularité. Pas de règles depuis plusieurs mois.

A l'examen, poudrons, cœur, foie, rate normaux. Estomac légèrement dilaté, avec clapotis ne dépassant pas vers le bas la ligne ombilicale ; légère distension du colon ascendant ; abdomen en carène. Tension maxima 11, minima 8. Indice oscillatoire 1/2 à 1. Tous les réflexes sont abolis hormis le réflexe pupillaire ; la deshydratation est complète.

Les urines ne contiennent pas d'albumine. Une radioscopie stomacale est pratiquée par le Dr Duhain. Sa réponse est la suivante : « Pas de lésion organique, mais atonie très accusée qui se manifeste d'abord par une ptose considérable de l'estomac dont le fond atteint, dès le début de l'examen, le détroit supérieur et plonge ensuite dans le petit bassin sous le poids du repas opaque. Quatre heures après la prise du repas opaque, il en reste environ la moitié dans le fond. Après 24 heures, l'estomac est entièrement vidé. Contours nets, aucune déformation, aucun point sensible à la palpation. En raison de l'état de faiblesse de la malade qui a eu une syncope pendant la première observation, l'examen a dû être abrégé ; cependant, repris le lendemain matin, il a permis de se rendre compte que l'intestin est également ptosé, et que le transit est ralenti tout comme pour l'observation gastrique. En position couchée, l'estomac se remonte très bien. Le Dr Duhain pense que ces troubles sont d'origine sympathique. »

Le 9 juin, crise de vomissements à la date attendue par la malade. Séjour à la campagne en juillet et août ; les crises reviennent suivant l'horaire prévu ; à la fin du séjour à la campagne, le poids qui au maximum était de 52 kilos 260 est de 30 kilos 300.

Au début de novembre état fébrile, grippal, probablement, qui revêt aussitôt une apparence grave. Les vomissements ont repris. La malade ne se soutient que par des lavements alimentaires, des piqûres de sérum glucosé et d'adrénaline. Le poids s'abaisse à 26 kilos 400.

A ce moment, le Dr Vanier est prié de se rendre auprès de la malade. La symptomatologie est alors la même que le 24 mai. Le diagnostic d'anorexie et amaigrissement par phobie alimentaire est posé par les Drs Favre et Vanier. La malade est isolée et confiée à sa mère et à son mari qui n'est auprès d'elle que la nuit et aux heures des repas. L'alimentation est progressivement reprise, 5 petits repas par

jour, 2 lavements alimentaires, injection sous-cutanée deux fois par jour de cinq unités d'Insuline.

Dès lors, la reprise de poids se fait régulière, progressive, d'abord lente, puis rapide, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau ci-dessous :

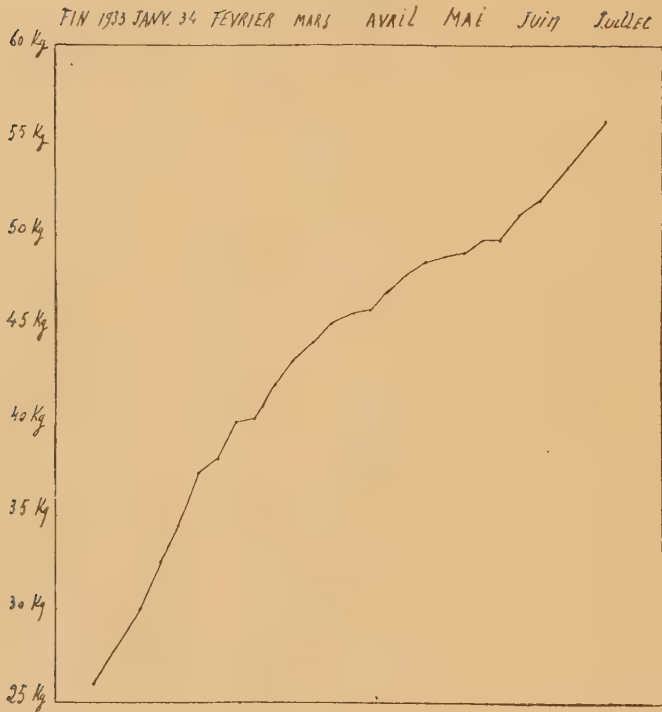
Années	Dates	Poids	Année	Dates	Poids
1933	11 novembre ..	26,400	1934	27 mars	45,850
1934	6 janvier	30,200		3 avril	46,000
	13 janvier	31,800		11 avril	47,050
	20 janvier	34,200		17 avril	47,850
	27 janvier	35,600		24 avril	48,450
	3 février	37,850		1 mai	48,500
	10 février	40,000		15 mai	48,650
	27 février	42,000		29 mai	49,550
	6 mars	43,300		12 juin	51,300
	13 mars	44,400		27 juin	53,200
	20 mars	45,200		7 juillet	55,500

Les règles sont réapparues en avril et sont régulières depuis lors. Les réflexes sont redevenus normaux. Les crises gastriques se sont espacées, puis ont disparu vers le 10 février avec le poids de 40 kilos. A la mi-juillet, elle atteint le poids de 55 kilos et est complètement rétablie. *Voir tableau de la page suivante.*

Lorsqu'on cherche à s'expliquer la cause des troubles qui sont survenus, on apprend que la malade ayant eu un embarras gastrique a recherché ce qui avait pu le provoquer, et a progressivement supprimé de son régime tous les aliments qui le constituaient jusqu'alors.

Hutinel a déjà étudié des cas semblables surtout chez l'enfant, et leur attribuait une évolution en 4 périodes bien distinctes :

COURBE DE POIDS



1^o Au début, alimentation accompagnée de souffrances que la malade ne peut pas bien localiser. La crainte de la douleur est plus forte que la douleur même. A cette période les malades mangent de tout, mais elles font des difficultés.

2^o Bientôt elles se restreignent, n'acceptent plus que certains aliments. La malade ne maigrit pas, elle est même vive à cause d'un certain état d'excitation. Les parents ne se méfient pas encore.

3^o La maigreur apparaît, la langue est sèche, il y a de la constipation. L'anorexie est manifeste. Le père se fâche, la mère pleure, l'enfant seule reste impassible et refuse absolument de manger.

4^o Période cachectique : la malade est squelettique, la peau est sèche, écailleuse, sale. La langue est sèche, extrémités cyanosées. Déshydratation des tissus, concentration du sang telle que le sang est plus riche en globules rouges que normalement.

L'insuffisance constituée se caractérise par la diminution des fonctions de digestion, d'évacuation, et par là même par amaigrissement, inappétence et asthénie.

Il s'agirait d'après G. Ballet de perturbations psycho-sensorielles, de dysynesthésie.

Dans leur travail récent, Oury et Godard ont distingué plusieurs formes cliniques que nous transcrivons succinctement :

A) Type maniaque proprement dit : ces malades sont des autoritaires inébranlables ou des timides aux préoccupations indéracinables. Leur monomanie est tenace, peu accessible par la suggestion.

B) Type asthénique : d'origine héréditaire et constitutionnelle, s'aggrave progressivement par fatigues, maladies, soucis et émotions. Ces malades sont intelligents et suggestibles par raisonnement.

C) Type pithiatique : il comprend toute une catégorie de malades, femmes en général, qui, à la suite de chagrins et sur un terrain prédisposé, font éclore toute une mise en scène de restrictions, de régimes

baroques, d'anorexies et de jeûnes, inconsciemment destinés à impressionner l'entourage.

D) Type sénile : le plus décevant au point de vue thérapeutique. Ce sont des malades âgés chez lesquels un certain affaissement de toutes les facultés, une tristesse profonde ou irritable vont de pair avec une anorexie que rien ne corrige. Il faut dépister chez les asthéniques habituels cet élément de sénilité, car le pronostic de l'insuffisance par restriction en est bien assombri.

E) Type infantile : il est très fréquent. Restriction alimentaire soit chez des enfants à programmes scolaires trop chargés, manque de sommeil, etc..., soit à la suite de maladies, de chagrins, etc...

F) Types associés : ce sont des manies secondaires à une maladie organique qu'elle complique (dysenterie chronique, colibacilloses urinaires, etc...). Dans ces cas, l'habitude de restriction a pris de telles proportions que la majeure partie des symptômes paraît bien devoir lui être attribuée. La discrimination entre la part de manie et la part d'organicité dans un cas donné est uniquement affaire d'observation attentive.

CONCLUSIONS

1^o Le cadre de l'anorexie mentale tel qu'il a été primitivement décrit paraît devoir être démembré à la faveur des études poursuivies pendant ces dernières années.

2^o Un certain nombre de cas d'anorexies mentales sont rattachables à des troubles endocriniens, en particulier thyroïdiens et hypophysaires.

3^o D'autres sont liés à l'existence d'une lésion organique du système nerveux central, en particulier tumeur cérébrale.

4^o Parmi les anorexies mentales qui restent de cause purement psychique, certaines n'apparaissent que comme des éléments secondaires au cours de psychopathies bien caractérisées.

5^o Plus fréquemment, on rencontre des anorexies survenant chez des sujets paraissant au premier

abord indemnes de tares psychopathiques. La cause doit en être alors cherchée, soit dans les chagrins ou le surmenage, soit dans une habitude de restriction alimentaire.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY

Vu : Le Président de Thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- P. AURY et P. GODARD. — La manie de restriction en pathologie digestive (*Gazette médicale de France*, p. 250-254, avril 1933).
- BICKEL. — La maigreur d'origine hypophysaire (*La Gazette médicale de Bretagne et de Normandie*, juin 1934).
- GILBERT BALLEZ. — L'anorexie mentale (*Journal des praticiens*, 1907) (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris 1907).
- HUTINEL. — Anorexie mentale (*Journal des praticiens*, 1909, p. 358).
- L. LÉVI. — Anorexie mentale et thyroïde (*Encéphale* 17 ; 507-515, octobre 1932).
- MAMOU. — La maigreur d'origine cérébro-hypophysaire (*Journal de médecine et chirurgie pratique*, 10 janvier 1934).
- M. NATHAN. — 1^o Anorexie mentale des adolescents et des adultes (*Presse médicale* n^o 34 ; 390-391, mars 27, 1926).
— 2^o Une forme tardive d'anorexie mentale (*La presse médicale* n^o 100, 15 décembre 1928).

Saint-Amand (Cher, France). — Imp. R. Bussière. — 27-11-1934.
